

全国福祉用具専門相談員協会

福祉用具公開事例検討会

事例のタイトル:

**「福祉用具を利用し、安全な動作を確保・介助力の軽減」**

4月17日(金) 15:00~16:30 バリアフリー2009 第1セミナー会場

<講師> 金沢善智氏 (目白大学保健医療学部理学療法学科 教授)

<事例発表者>

伊藤 崇氏 (株式会社蔵王サプライズ/宮城県)

今村健司氏 (株式会社ヤマシタコーポレーション/東京都)

野田和利氏 (川村義肢株式会社/大阪府)

林 敬祐氏 (総合メディカル株式会社/大阪府)

緑川浩郎氏 (株式会社同仁社/福島県)

山口健太郎氏 (株式会社ひまわり/兵庫県)

<資料>

- ・プログラム(本表紙)
- ・事例
- ・住宅見取り図
- ・ケアプラン
- ・各発表者個別援助計画書(A3別冊)

◇講師プロフィール◇

金沢善智[かなざわ・よしのり] (目白大学保健医療学部理学療法学科 教授)

理学療法士として訪問リハビリテーションに従事。その後、東京理科大学・大学院にて建築学を修める。弘前大学医学部で教鞭をとり、その後現職に就任。福祉用具と住宅改修の現場で、理学療法と建築の両視点から指導と研究を行う。現在、大学で教鞭をとるかたわら講演等で全国を飛び回っている。理学療法士、工学修士、医学博士。「利用者から学ぶ福祉住環境整備」(三輪書店)など著書多数。

全国福祉用具専門相談員協会 バリアフリー2009 公開事例検討会 4月17日(木) 15:00~

「事例のタイトル: 福祉用具を利用し、安全な動作を確保・介助力の軽減」

利用者の身体状況等

年齢	61	性別	女性	要介護度	要介護4	身長(cm)	156	体重(kg)	45
身体・健康状況									
起居動作は、その日の体調によって、時間がかかって自立のときもあるが、出来ないときもある。イス座位からの立ち上がりはある程度の高さがあれば可能。しかし、立ち上がる時に前へ飛び出す様に勢いがついてしまう事が多々ある。尿意はある(頻尿である)。歩行はリハビリを行ってはいるが、生活に行かせるほどの歩行能力ではない。家族の介助があれば25cmの段差はクリアすることは可能。高血圧。左中脳出血(右半身麻痺、左運動失調言語障害)。									
寝返り	1つかまららないでできる(2)何かにつかまればできる 3できない								
起き上がり	1つかまららないでできる 2何かにつかまればできる(3)できない								
移乗	1自立 2見守り等(3)一部介助 4全介助								
歩行	1つかまららないでできる 2何かにつかまればできる(3)できない								
着衣	1自立 2見守り等(3)一部介助 4全介助								
入浴	1自立 2見守り等 3一部介助(4)全介助								
洗身	1自立 2一部介助 3一部介助(4)全介助								
床ずれ	(1)ない 2ある								
口腔清潔	1自立(2)一部介助 3全介助								
食事摂取	1自立(2)見守り等 3一部介助 4全介助								
衣服着脱	1自立 2見守り等(3)一部介助 4全介助								
排尿・排便	1自立(2)一部介助 3全介助 4行っていない								
薬の内服	1自立(2)一部介助 3全介助								
認知									
問題行動									

家族状況、生活歴・生活状況、介護状況、住宅状況

家族状況	
夫と2人暮らし。同敷地内に長男家族が別宅を建てて生活している。 長男家族は4人暮らし。5歳と3歳の子供がいる。	
生活歴・生活状況	
同市内にて生まれ、教員として働いており、子育てをしながら勤めていた。 夫の両親を介護しキーパーソンの役割をつとめていた。 介護を行いながら、御利用者様は高血圧で定期的に治療はしていた。 H20年5月に脳幹部脳内出血を起こし倒れる。同市内の総合病院へ入院し、8月に隣市のリハビリ病院へ転院。	
住宅状況	
持ち家 2階建木造 相談時、既に1Fスペースは段差解消されている。 唯一の段差は玄関かまち(25cm)のみ。トイレには手すりを設置済み(図面参照)。 敷地内に長男家族生活している。	
保険・他方情報	医療保険 介護保険 身障等級
現在利用しているサービス	

全国福祉用具専門相談員協会 バリアフリー2009 公開事例検討会 4月17日(木) 15:00~

「事例のタイトル: 福祉用具を利用し、安全な動作を確保・介助力の軽減」

主訴 相談内容、課題

相談内容	退院後、在宅生活を行う為、生活環境を整えたい。
本人の要望	在宅生活をおくる上で、少しでも動けるようになりたい。
家族の要望	在宅生活をする為には本人の状態が少しでも良くなるようにリハビリ回数を増やしてほしい。 介護者が疲れては在宅での介護は出来ないのでは、休憩が出来るようにしていきたいと思っている。 生活環境を整えたり福祉用具の活用をして出来る事を増やしていきたい。
ケアマネジャーの要望	在宅生活を家族に負担なくおくれる様にしたい。起居動作・排泄動作・移動方法を確保したい。
生活全般の解決すべき課題	起居動作が不安定で時間がかかってしまう。頻尿の為、介助負担やご利用者の精神的な不安を取り除けるような排泄方法の検討。歩行が困難(手すりを利用して数歩は可能だが、生活の中で歩行が出来る状態ではない)。

# 福祉用具個別援助計画書(基本情報)

作成日 \_\_\_\_\_  
 作成者 伊藤 崇

フリガナ	性別	生年月日	年齢	要介護度	認定期間
ご本人氏名	様	M・T・S 年 月 日			～
住所	TEL				
支援事業所	担当ケアマネジャー				

■ご相談内容 相談者 \_\_\_\_\_ ご本人との関係 \_\_\_\_\_ 相談日 \_\_\_\_\_  
 生活環境を整え、福祉用具を活用しながら、出来る事を増やしていきたい。

■ケアマネジャーとの相談日 \_\_\_\_\_ ケアマネジャーとの相談記録 \_\_\_\_\_  
 在宅生活を家族に負担なく、送れるようにしたい。  
 起居動作、排泄動作、移動方法を確保したい。

身体状況		介護環境	
身長	156 cm	体重	45 kg
寝返り	<input type="checkbox"/> つかまらないでできる <input checked="" type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> できない	他のサービス利用状況	通所介護 通所リハ
起き上がり	<input type="checkbox"/> つかまらないでできる <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input checked="" type="checkbox"/> できない	家族構成	夫と2人暮らし、同敷地内に長男4人家族
立ち上がり	<input type="checkbox"/> つかまらないでできる <input checked="" type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> できない	主介護者	夫
歩行	<input type="checkbox"/> つかまらないでできる <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input checked="" type="checkbox"/> できない	利用している福祉用具	
移乗	<input type="checkbox"/> 自立(介助なし) <input type="checkbox"/> 見守り等 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	制限	麻痺 右半身麻痺
座位	<input checked="" type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 自分の手で支えればできる <input type="checkbox"/> 支えてもらえばできる <input type="checkbox"/> できない	疾病	高血圧 左中脳出血 特記事項
移動	<input type="checkbox"/> 自立(介助なし) <input type="checkbox"/> 見守り等 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	障害日常生活自立度	自立
自由記載	起居動作がその日の体調によって変化がある。リハビリに対しては前向きである。		
	特記事項	左運動失調、言語障害	

居宅サービス計画		住環境	
ご本人様及びご家族の生活に対する意向	ご本人 在宅生活を送る上で少しでも動けるようになりたい。 ご家族 本人の状態が少しでも良くなるようにリハビリ回数を増やしてほしい。福祉用具を活用し、出来る事を増やしていきたい。	■戸建(持家) □戸建(賃貸) □分譲集合住宅 □賃貸集合住宅(公営・民間) □その他( ) 例:段差の有無など	○ 持ち家 2階建木造 1階部分は段差解消済 ○ 玄関の上がりかまち部分 1:25cmの段差有り
総合的な援助方針	○在宅生活を継続する為にリハビリを行なっていく。 ○移乗や移動動作が自立できるように環境を整え、活動範囲を広げていく。 ○清潔が保持できるように定期的な入浴ができるようにしていく。 ○家族が、静養できるようにシヨートを使いながら、リフレッシュできるようにする。		

# 福祉用具個別援助計画書(利用計画)

作成日 \_\_\_\_\_  
 作成者 伊藤 崇

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	福祉用具利用目標
○室内で安全に移乗や移動が出来るようにしたい。 ○日常生活で自分が自分出来ることを増やしたい。 ○自立した排泄をしたい。	車いすを使用し、室内及び屋外を自由に移動できるようにする。 ベッドや介助バーを使用し起き上がりや立ち上がりを補助する。 また車いすへの移乗も安全に行なえるようにする。夜間の排泄を安全に出来るようにポータブルトイレを使用する。

選定福祉用具(レンタル・販売)		選定理由
品目	単位数	
機種(型式)		
特殊寝台	1000	起居動作や車いすへの移乗が楽に出来るように2モーターのベッドを選定、立ち上がり時の動作軽減の為83巾を選定。
新薬症 2モーター 83巾		
特殊寝台付属品	300	仰臥位時の寝心地や動作の妨げにならないようほどよいクッション性のあるマットを選定。
ソファ 83巾		
特殊寝台付属品	200	車いすやポータブルトイレへの安全な移動動作の確保のために選定。
スイングアーム介助バーKA-095		
特殊寝台付属品	100	転落防止と寝具のずれ防止の為、また患手側の腕をはさまれないように長い
ベッドサイドレール KS-160S		機種を選定。
車いす 2台	700(1400)	室内や通所時などに健足側で足こぎが出来るように、低床タイプを選定。
キックル		
手すり	300	便座からの安定した立ち上がりの為に選定。また車いすでのトイレへの移動もあるため、はね上げ式を選定。
洋式トイレ用フレームはねあげ		
手すり	400	在宅時の離床時間にソファでくつろいでもらう為に移動動作の確保の為と
ベストポジションバー		リハビリの為に選定。
ポータブルトイレ		夜間の安全な排泄の為にポータブルトイレを選定。また、ベッドからの移乗を
安寿ポータブルトイレFX-CPはねあげ		考慮しはね上げ式を選定。

選定福祉用具搬入(予定)日	留意点
福祉用具レンタルのサービス	○ 今後のリハビリの進行具合により 歩行器などを検討する。
<input type="checkbox"/> 福祉用具取扱い説明	
<input type="checkbox"/> 福祉用具フィッティング(適合状況評価)	
<input type="checkbox"/> 福祉用具利用状況確認(訪問・電話・目標評価 等)	
<input type="checkbox"/> 福祉用具定期点検・メンテナンス	
<input type="checkbox"/> サービス担当者会議	
<input type="checkbox"/> 状態変化時の機種交換(再アセスメント)	
<input type="checkbox"/> 入院・入所・不必要時等の福祉用具回収・搬出	
<input type="checkbox"/> 相談	
<input type="checkbox"/> 緊急時対応	

以上、福祉用具個別援助計画書に基づき、サービス提供を行います。

ご本人・ご家族への説明・同意 \_\_\_\_\_ 年 月 日 同意署名 \_\_\_\_\_ 印

法人名称: \_\_\_\_\_ ( ) 営業所 担当者 ( )

住所: \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

# 福祉用具個別援助計画書(基本情報)

作成日  
作成者 緑川 浩郎

フリガナ	性別	生年月日	年齢	要介護度	認定期間
ご本人氏名	様 女性	M・T・S 年 月 日	61	4	～
住所	TEL				
支援事業所	担当ケアマネジャー				

■ご相談内容	相談者	本人・夫	ご本人との関係	相談日
退院後、在宅生活を行うため、生活環境を整えたい。				
■ケアマネジャーとの相談日	ケアマネジャーとの相談記録			
在宅生活を家族に負担なくおくれる様にしたい。起居動作・排泄動作・移動方法を確保したい。				

身体状況	
身長	156 cm 体重 45 kg
寝返り	<input type="checkbox"/> つかまらぬでできる <input checked="" type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> できない
起き上がり	<input type="checkbox"/> つかまらぬでできる <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input checked="" type="checkbox"/> できない
立ち上がり	<input type="checkbox"/> つかまらぬでできる <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input checked="" type="checkbox"/> できない
歩行	<input type="checkbox"/> つかまらぬでできる <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input checked="" type="checkbox"/> できない
移乗	<input type="checkbox"/> 自立(介助なし) <input type="checkbox"/> 見守り等 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
座位	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 自分の手で支えればできる <input type="checkbox"/> 支えてもらえればできる <input checked="" type="checkbox"/> できない
移動	<input type="checkbox"/> 自立(介助なし) <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
自由記載	【いす座位からの立ち上がり】 ・ある程度の高さがあれば可能 ・前へ飛び出すように勢いづくことあり  【段差の乗り越え】 ・介助により25cmは昇降可

介護環境			
他のサービス利用状況	通所介護(火・日)	通所リハ(木・金)	短期入所生活介護(必要時)
家族構成	夫と二人暮らし 同敷地内に長男家族が別宅にいる(長男・嫁・孫5歳・孫3歳)		
主介護者	夫		
利用している福祉用具	手すり、踏み台、ポータブルトイレ		
制限	高血圧、左中脳出血(右半身麻痺、左運動失調、言語障害)	麻痺	右半身
疾病		特記事項	頻尿あり
障害日常生活自立度			
認知症の日常生活自立度			
特記事項			

居宅サービス計画	
ご本人様及びご家族の生活に対する意向	H20年5月11日に左中脳出血発症をする。右半身麻痺、左運動失調の後遺症がリハビリが必要な状況である。本人もリハビリをして少しでも動けるようになりたいという気持ちは持っている。(在宅生活をおくる上で、少しでも動けるようになりたい)  在宅生活をするには本人の状態が少しでも良くなるようにリハビリ回数を増やしてほしい。介護者が疲れては在宅での介護はできないので、休憩が出来るようにしていきたい。生活環境を整えたり福祉用具の活用をして出来ることを増やしたい。
総合的な援助方針	○医療面では家族の協力により定期受診を行い予防ができるようにしよう。 ○在宅生活を継続する為に身体や言語の向上や維持が出来る様にリハビリを行っていく。 ○移乗や移動動作が自立出来る様に環境を整え活動範囲を広げていきたいと思います。(福祉用具) ○清潔が保持出来る様に定期的に入浴が出来る様にしていきたいと思います。 ○家族が静養出来る様にショートを使いながらリフレッシュが出来る様にしていきたいと思います。

住環境	
■戸建(持家) □戸建(賃貸) □分譲集合住宅 □賃貸集合住宅(公営・民間) □その他( )	
例:段差の有無など	
●トイレ手すり I型縦 L型 有	
●玄関あがりかまち段差 250mm 踏み台手すり有	
●1F段差解消済み(フローリング)	

# 福祉用具個別援助計画書(利用計画)

作成日  
作成者 緑川 浩郎

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	福祉用具利用目標
<ul style="list-style-type: none"> <li>●起居動作が不安定で時間がかかってしまう。</li> <li>●頻尿の為、介護負担やご利用者の精神的な不安を取り除けるような排泄方法の検討。</li> <li>●歩行が困難(手すりを利用して数歩は可能だが、生活の中で歩行が出来る状態ではない)。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・車いすを利用し、安全に移動する</li> <li>・ベッドを利用し、起き上がり立ち上がりを容易にし安全に移動する</li> <li>・手すりを利用し、安全に移乗できるようにする</li> <li>・手すりを利用し、安心して排泄ができるようにする</li> </ul>

選定福祉用具(レンタル・販売)		選定理由
品目	単位数	
特殊寝台 和夢(雅)ケアモーション付(K-620A)	1000	安定した座位を保ちながら、起き上がりを安定させるため(ケアモーション)。麻痺側の挟み込みなどのリスクを防止するため背上げ連動でレールが動く(雅)。
特殊寝台付属品 サイドレール(K-180)	50	転倒・転落防止のため。
特殊寝台付属品 アジャスト支援バー(K-35)	300	取り付けする位置が自由に設定できるため、立ちあがりや移乗に最も適した位置出しをすることができるため。
特殊寝台付属品 アルファプラスくつと(通気タイプ)	400	①「OHスケール」1点 ②中央部が柔らかい(体圧分散)効果があり麻痺側の床ずれ防止効果 ③マットレスの端の部分が硬いことで端座位(ベッドから足を下ろして座る)を安定させる ④安定した端座位姿勢をとることで次の動作をスムーズにできる
車いす キックル	600	室内用。リハビリをしようとする方や片麻痺がある方へ配慮された機能が多く含まれているため。Ex)「座・背の角度が90°」「アーチクロス」「キャスターバランス」等。
車いす キックル	600	屋外用。室内用と同タイプとすることで操作性をかえず慣れた状況で使用できるため。
車いす付属品 アクションパッド・ベーシック	200	長時間座った姿勢で圧力を分散でき、さらに凸凹道でもショックを吸収できる為。また、厚さが2.5cmと薄いため足こぎなど有効であるから。

選定福祉用具搬入(予定)日	留意点
福祉用具レンタルのサービス	●トイレの手すりは動作確認後検討
■福祉用具取扱い説明	●車いすの介助グリップが一般的なものより高さがあるため、介助しづらい可能性がある。
■福祉用具フィッティング(適合状況評価)	●アクションパッドは重量があるため、シートのヘタリに十分配慮する(座位、操作、座り心地、床ずれなどに影響の可能性)。
■福祉用具利用状況確認(訪問・電話・目標評価等)	●言語障害があるため、本人からの意思表示を見逃さない。
■福祉用具定期点検・メンテナンス	●立ち上がり時にすべり止めマット等が必要かもしれないので、導入後状況を観察し検討。
■サービス担当者会議	●納品後10日以内に機器・適合状況を確認に参ります。
■状態変化時の機種交換(再アセスメント)	●その後3ヶ月を最長としそれ以内に機器・適合を確認に参ります。
■入院・入所・不必要時等の福祉用具回収・搬出	
■相談	
■緊急時対応	

以上、福祉用具個別援助計画書に基づき、サービス提供を行います。

ご本人・ご家族への説明・同意 年 月 日 同意署名 印

法人名称 ( ) 営業所 担当者 ( )

住所: TEL: FAX:

# 福祉用具個別援助計画書(基本情報)

作成日  
作成者 今村 健司

フリガナ	性別	生年月日	年齢	要介護度	認定期間
ご本人氏名	様 女性	M・T・S 年 月 日	61	要介護4	～
住所	TEL				
支援事業所	担当ケアマネジャー				

■ご相談内容	相談者	ご本人との続柄	相談日
退院後、在宅生活を行う為、生活環境を整えたい。			
■ケアマネジャーとの相談日	ケアマネジャーとの相談記録		
在宅生活を家族に負担なくおくれるようにしたい。起居動作・排泄動作・移動方法を確保したい。			

身体状況	
身長	156 cm 体重 45 kg
寝返り	<input type="checkbox"/> つかまらぬでできる <input checked="" type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> できない
起き上がり	<input type="checkbox"/> つかまらぬでできる <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input checked="" type="checkbox"/> できない
立ち上がり	<input type="checkbox"/> つかまらぬでできる <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input checked="" type="checkbox"/> できない
歩行	<input type="checkbox"/> つかまらぬでできる <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input checked="" type="checkbox"/> できない
移乗	<input type="checkbox"/> 自立(介助なし) <input type="checkbox"/> 見守り等 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
座位	<input checked="" type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 自分の手で支えればできる <input type="checkbox"/> 支えてもらえればできる <input type="checkbox"/> できない
移動	<input type="checkbox"/> 自立(介助なし) <input type="checkbox"/> 見守り等 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
自由記載	起居動作はその日の体調によって時間がかかって自立のときもあるが、出来ないときもある。

介護環境	
他のサービス利用状況	通所介護 通所リハ 短期入所 訪問リハ
家族構成	夫、長男家族(敷地内の別宅に在住)
主介護者	夫
利用している福祉用具	
制限	高血圧 左中脳出血 麻痺 右半身麻痺 左運動失調
疾病	特記事項 言語障害
障害日常生活自立度	B1
認知症の日常生活自立度	自立
特記事項	

居宅サービス計画	住環境
ご本人様及びご家族の生活に対する意向	<input checked="" type="checkbox"/> 戸建(持家) <input type="checkbox"/> 戸建(賃貸) <input type="checkbox"/> 分譲集合住宅 <input type="checkbox"/> 賃貸集合住宅(公営・民間) <input type="checkbox"/> その他( ) 例: 段差の有無など 2階建木造。1階部分は段差解消済み。玄関の框のみ25cmの段差あり。トイレには手すりを設置済み。
ご本人	リハビリをして少しでも動けるようになりたい。
ご家族	在宅生活をする為には本人の状態が少しでも良くなるようにリハビリ回数を増やしてほしい。介護者が疲れては在宅での介護はできないので休憩が出来るようにしていきたいと思ってる。生活環境を整えたり福祉用具の活用をして出来る事を増やしていきたい。
総合的な援助方針	医療面では家族の協力により定期受診を行い予防が出来るようにしよう。在宅生活を継続する為には身体や言語の向上や維持が出来るようにリハビリを行っていく。移乗や移動動作が自立出来るように環境を整え活動範囲を広げていこう。(福祉用具)清潔が保持出来るように定期的に入浴が出来るようにしていこう。家族が静養出来るようにショートを使いながらリフレッシュが出来るようにしていきましょう。

# 福祉用具個別援助計画書(利用計画)

作成日  
作成者 今村 健司

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	福祉用具利用目標
・起居動作を安定して安全に行いたい。 ・頻尿なので、出来るだけ家族に頼らず自分で排泄が出来るようになりたい。 ・安全な移動・移乗方法を確保したい。	・介護用ベッドを使用して起居動作の安定を図る。 ・福祉用具を使用し、排泄動作の自立を図る。 ・車いすなど福祉用具を使用し室内での移動や移乗を安全に行えるようになる。

選定福祉用具(レンタル・販売)		選定理由
品目	単位数	
特殊寝台	1,500	体調が悪い時に起き上がりを補助、立ち上がり時の高さ調節の機能が必要。また麻痺もある為、らくらくモーション機能を使用し、体のズレを減らして頂く。
新築匠らくらくモーションレギュラー-KQ-86330		
特殊寝台付属品	300	端座位をとった際に座位が不安定にならないよう硬めでほどよいクッション性があるマットレスを選定。
フレグラーマットレス 91幅レギュラー-KE-551Q		
特殊寝台付属品	400・100	介助バーは起き上がり時や車いすへの移乗時に体を支える為に必要。移乗側と反対側には寝具のずれや落下を防ぐためにサイドレールを選定。
介助バー-KS-096、サイドレールKS-165		
車いす(室内用・屋外用)	900・900	室内用は小回りがきく6輪型の車いすを選定。ハンドルが付いているので自走可。屋外用はご本人の体に座幅や肘掛高さが調整でき、クッション付を選定。
6輪車R・フルモジュール自走用車いすREM1000		
車いす付属品	200	臀部にかかる圧が分散できるため長時間の車いす使用でもご利用者の体に負担が掛からない。座位を安定させる為、厚さが薄い機種を選定。(屋内で使用)
エクスジェルマルチクッションR		
手すり	500	ベッドから車いすに移乗する際に使用。立ち上がり時に体を安定させ、前に勢いがつかないようにする。
パディー I 昇降支援用手すり		
移動用リフト(段差解消機)	1,300	玄関の上がり框の段差を解消する。電動で肘掛付の座面が昇降し回転するので安全に上がり框を昇降でき、介護負担の軽減になる。
アルコー-3000型 Bタイプ 100461		
特殊尿器	販売	ご利用者は頻尿とのことなので、トイレにいかななくても排泄が自立できる。ご利用者の精神的負担や家族の負担軽減に繋がる為選定。
スカットクリーン 女性用セット		

選定福祉用具搬入(予定)日	留意点
福祉用具レンタルのサービス	①ご利用者自身が使用する機器も多い為、操作説明は繰り返し行うとともに、ご主人はもちろんご長男にも説明を行う。 ②ご利用者は言語に障害があるため、フィッティング時に必要であれば呼び出しの機器などを提案する。
■福祉用具取扱い説明	
■福祉用具フィッティング(適合状況評価)	
<input type="checkbox"/> 福祉用具利用状況確認(訪問・電話・目標評価等)	
<input type="checkbox"/> 福祉用具定期点検・メンテナンス	
<input type="checkbox"/> サービス担当者会議	
<input type="checkbox"/> 状態変化時の機種交換(再アセスメント)	
<input type="checkbox"/> 入院・入所・不必要時等の福祉用具回収・搬出	
<input type="checkbox"/> 相談	
<input type="checkbox"/> 緊急時対応	

以上、福祉用具個別援助計画書に基づき、サービス提供を行います。

ご本人・ご家族への説明・同意 年 月 日 同意署名 印  
 法人名称 ( ) 営業所 担当者 ( )  
 住所: TEL: FAX:



# 福祉用具個別援助計画書(基本情報)

作成日 \_\_\_\_\_  
 作成者 林 敬祐

フリガナ	性別	生年月日	年齢	要介護度	認定期間
ご本人氏名	女	M・T・S 年 月 日	61	4	～
住所	TEL				
支援事業所	居宅ケアマネジャー				

■ご相談内容	相談者	ご本人との続柄	相談日
退院後、在宅生活を行う為、生活環境を整えたい。			
■ケアマネジャーとの相談日	ケアマネジャーとの相談記録		
在宅生活を家族に負担なくおくれるようにしたい。			
起居動作・排泄動作・移動方法を確保したい。			

身体状況	
身長	156 cm 体重 45 kg
寝返り	<input type="checkbox"/> つかまらぬでできる <input checked="" type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> できない
起き上がり	<input type="checkbox"/> つかまらぬでできる <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input checked="" type="checkbox"/> できない
立ち上がり	<input type="checkbox"/> つかまらぬでできる <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input checked="" type="checkbox"/> できない
歩行	<input type="checkbox"/> つかまらぬでできる <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input checked="" type="checkbox"/> できない
移乗	<input type="checkbox"/> 自立(介助なし) <input type="checkbox"/> 見守り等 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
座位	<input type="checkbox"/> できる <input checked="" type="checkbox"/> 自分の手で支えればできる <input type="checkbox"/> 支えてもらえればできる <input type="checkbox"/> できない
移動	<input type="checkbox"/> 自立(介助なし) <input type="checkbox"/> 見守り等 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
自由記載	<ul style="list-style-type: none"> <li>起居動作はその日の体調によって出来る。</li> <li>立ち上がりはある程度の高さがあれば可能</li> <li>立ち上がりの際、前へ飛び出す様に勢いがついてしまうときもある。</li> <li>頻尿である。</li> </ul>

介護環境	
他のサービス利用状況	通所介護 通所リハビリ 短期入所
家族構成	夫と2人暮らし。(敷地内別宅に長男家族4人)
主介護者	夫
利用している福祉用具	(トイレ) 縦型手すり、L型手すり (玄関) 式台 L型手すり (廊下) 横手すり
制限	左中脳出血 麻痺 右半身麻痺
疾病	高血圧 特記事項 左運動失調、言語障害
障害日常生活自立度	自立
認知症の日常生活自立度	自立
特記事項	

居宅サービス計画		住環境
ご本人様及びご家族の生活に対する意向	ご本人	<input checked="" type="checkbox"/> 戸建(持家) <input type="checkbox"/> 戸建(賃貸) <input type="checkbox"/> 分譲集合住宅 <input type="checkbox"/> 賃貸集合住宅(公営・民間) <input type="checkbox"/> その他( ) 例:段差の有無など
	ご家族	・リハビリの回数を増やしてほしい。 ・介護負担を減らしたい(休憩が必要) ・生活環境を整えたり、福祉用具の活用で、出来ることを増やしたい。
総合的な援助方針	・医療面では家族の協力により定期受診を行い予防が出来る様にしましょう。 ・在宅生活を継続する為に身体や言語の向上や維持が出来る様にリハビリを行っていく。 ・移乗や移動動作が自立できるように環境を整え活動範囲を広げていきましょう。(福祉用具) ・清潔が保持できる様に定期的に入浴が出来る様にしましょう。 ・家族が静養出来るようにショートを使いながらリフレッシュ出来る様にしましょう。	2階建木造。 1Fスペースは段差解消されている。 唯一の段差は玄関かまち(25cm)のみ。 トイレには手すりを設置済み。

# 福祉用具個別援助計画書(利用計画)

作成日 \_\_\_\_\_  
 作成者 林 敬祐

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	福祉用具利用目標
①起居動作が不安定で時間がかかる。	・電動ベッドを導入することで、起居・立ち上がり動作の補助を行い、安全性を高める。
②頻尿の為、介護負担やご利用者の精神的な不安を取り除く排泄方法を検討	・日中はトイレで、夜間はポータブルトイレを利用する。また、介護負担の軽減を図るとともに自立を目指す。
③歩行が困難。	・車椅子を使用し、移動・移乗の自立を目指す。

選定福祉用具(レンタル・販売)		選定理由
品目	単位数	
特殊寝台	900	起居・立ち上がり動作補助の為、電動ベッドが必要。小柄な方なので高さが低床で手すりがとどきやすい83センチ幅を選定する。
楽匠 2モーター 幅83cm レギュラー		
特殊寝台付属品	200	仰臥位時に動きやすく、また端座位を取った際に座位が不安定にならないよう硬めでほどよいクッション性があるマットレスを選定する。
プレグラーマットレス83		
特殊寝台付属品	50	移乗側と反対側に転落防止と寝具のずれ防止の為必要。隙間を少なくする為に、長さが長い機種を選定する。
サイドレールKS-165(2本組)		
手すり	300	ベッド横に設置して立ち上がりの際に利用。片麻痺の場合、横より縦手すりの方が負担が少ない。また、麻痺側の手を添えることでリハビリにもつながる。
パディー-I		
車椅子	800	肘掛跳ね上げでフットレストの着脱可能。前座面高も36cmまで調整でき、足つきが良い。ハンドリングの操作もしやすい。移動・移乗に適している。
モジュラー式低床車椅子キックル		
腰掛便座	22260	現在の便器の高さが低ければ立ち上がりにくい。3cm補高することで腕への負担を軽減できる。また、自立につながる。
TOTO 補高便座30mmタイプ		
腰掛便座	71400	肘掛跳ね上げ式・高さ調整可能はベッドからの移乗しやすく、家具調は自尊心のケア、暖房便座は、高血圧の為、寒暖の差をなくし、再発防止する。
家具調トイレ自立1型(暖房便座)		

選定福祉用具搬入(予定)日	留意点
福祉用具レンタルのサービス	・現在、屋内歩行レベルと車椅子レベルの間にあるため、今後の様子を確認する。 ・定期的に入浴を目指す為、今後、入浴サービスの利用から在宅入浴へ変えていく可能性がある。あらかじめ、風呂場の確認、福祉用具の提案を用意する。
<input type="checkbox"/> 福祉用具取扱い説明 <input type="checkbox"/> 福祉用具フィッティング(適合状況評価) <input type="checkbox"/> 福祉用具利用状況確認(訪問・電話・目標評価 等) <input type="checkbox"/> 福祉用具定期点検・メンテナンス <input type="checkbox"/> サービス担当者会議 <input checked="" type="checkbox"/> 状態変化時の機種交換(再アセスメント) <input type="checkbox"/> 入院・入所・不必要時等の福祉用具回収・搬出 <input type="checkbox"/> 相談 <input type="checkbox"/> 緊急時対応	

以上、福祉用具個別援助計画書に基づき、サービス提供を行います。

ご本人・ご家族への説明・同意 \_\_\_\_\_ 年 月 日 同意署名 \_\_\_\_\_ 印  
 法人名称: \_\_\_\_\_ ( ) 営業所 担当者 ( )  
 住所: \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

福祉用具個別援助計画書(基本情報)

作成日  
作成者 野田 和利

フリガナ	性別	生年月日	年齢	要介護度	認定期間
ご本人氏名 様	M・T・S	年月日	61	4	~
住所	TEL				
支援事業所	担当ケアマネジャー				

■ご相談内容	相談者	ご本人との続柄	相談日
■ケアマネジャーとの相談日	ケアマネジャーとの相談記録		

身体状況		介護環境	
身長	156 cm	体重	45 kg
寝返り	□つかまらぬでできる ■何かにつかまればできる □できない		
起き上がり	□つかまらぬでできる □何かにつかまればできる ■できない		
立ち上がり	□つかまらぬでできる ■何かにつかまればできる □できない		
歩行	□つかまらぬでできる □何かにつかまればできる ■できない		
移乗	□自立(介助なし) □見守り等 ■一部介助 □全介助		
座位	□できる □自分の手で支えればできる ■支えてもらえればできる □できない		
移動	□自立(介助なし) □見守り等 ■一部介助 □全介助		
自由記載	起居動作はその日の体調によって出来ないときもある		
他のサービス利用状況		家族構成	
		夫と二人暮らし。同敷地内に長男家族が別宅を建てて生活している	
主介護者		夫	
利用している福祉用具			
制限		麻痺	右半身麻痺
疾病	高血圧・左中脳出血	特記事項	
障害日常生活自立度			
認知症の日常生活自立度			
特記事項			

居宅サービス計画		住環境
ご本人様及びご家族の生活に対する意向	<p>ご本人 在宅生活をおくる上で少しでも動けるようになりたい</p> <p>ご家族 在宅生活をするためには本人の状態が少しでも良くなるようにリハビリ回数を増やしてほしい。介護者が疲れては在宅での介護は出来ないで休養が出来るようにしていきたい。生活環境を整えたり福祉用具の活用をして出来ることを増やしていきたい。</p>	<p>■戸建(持家) □戸建(賃貸) □分譲集合住宅 □賃貸集合住宅(公営・民間) □その他( )</p> <p>例:段差の有無など</p>
総合的な援助方針	<p>持ち家 2階建木造 相談時、既に1Fスペースは段差解消されている。唯一の段差は玄関かまち(25cm)のみ。トイレには手すりを設置済み(図面参照)。敷地内に長男家族生活している</p> <p>医療面では家族の協力により定期健診を行い予防が出来るようにしましょう。在宅生活を継続するために身体や言語の向上や維持が出来るようにリハビリを行っていく。移乗や移動動作が自立できるように環境を整え活動範囲を広げていきましょう。清潔が保持できるように定期的に入浴が出来るようにいきましょう。家族が静養できるようにショートを使いながらリフレッシュが出来るようにしていきましょう。</p>	

福祉用具個別援助計画書(利用計画)

作成日  
作成者 野田 和利

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	福祉用具利用目標
起居動作が不安定で時間がかかってしまう。頻尿のため介助負担やご利用者様の精神的な不安を取り除けるような排泄方法の検討。歩行が困難(手すりを利用して数歩は可能だが、生活の中で歩行が出来る状態ではない)	・車いすを使用し、室内外の移動の補助とする
	・特殊寝台を利用し起居動作の補助とする
	・夜間等の排便の補助としてポータブルトイレを導入する。

選定福祉用具(レンタル・販売)		選定理由
品目	単位数	室内での移動の補助として導入。タイヤサイズは室内移動を考慮し20インチとする
車いす リアライズ	800	
車いす リアライズ	800	室外での移動の支援として導入。タイヤサイズ22インチ。介助、自走兼用で考える
車いす付属品 クッションフィット	200	室内外での車いす上での座位姿勢の安定と床ずれの予防のために 導入。
特殊寝台 CORE852	800	起居動作の補助として導入。2モーターであるが背上げと足あげは非連動とすることで端座位時の体幹の安定と立ち上がり時の安定を促す
特殊寝台付属品 K-122	100	ベッドギャッジ時に手すりとして使いやすい形状のため導入
特殊寝台付属品 ラクマットエア-リバーシブル	350	起居動作のしやすい適度な反発力のあるマットレスであり蒸れや床ずれも予防する
腰掛便器 ナーセントトイレ スチール		ベッドサイドに設置し、トイレまでの移動が難しい場合の排泄を行う。

選定福祉用具搬入(予定)日	留意点
<p>福祉用具レンタルのサービス</p> <p>■福祉用具取扱い説明</p> <p>■福祉用具フィッティング(適合状況評価)</p> <p>■福祉用具利用状況確認(訪問・電話・目標評価 等)</p> <p>■福祉用具定期点検・メンテナンス</p> <p>■サービス担当者会議</p> <p>■状態変化時の機種交換(再アセスメント)</p> <p>■入院・入所・不必要時等の福祉用具回収・搬出</p> <p>■相談</p> <p>■緊急時対応</p>	<p>トイレの設置場所は、ベッドの設置場所によって検討する。ベッドの設置場所については担当セラピストの意見を反映すること。室内用車いすの使用頻度については退院後にもう一度確認すること。</p>

以上、福祉用具個別援助計画書に基づき、サービス提供を行います。

ご本人・ご家族への説明・同意 年 月 日 同意署名 印  
 法人名称: ( ) 営業所 担当者 ( )  
 住所: TEL: FAX:

# 福祉用具個別援助計画書(基本情報)

作成日 \_\_\_\_\_  
 作成者 山口 健太郎

フリガナ	性別	生年月日	年齢	要介護度	認定期間
ご本人氏名	様 女	M・T・S 年 月 日	61	要介護4	~
住所	TEL				
支援事業所	担当ケアマネジャー				

■ご相談内容	相談者	ご本人との続柄	相談日
■ケアマネジャーとの相談日	ケアマネジャーとの相談記録		

身体状況	
身長	156 cm 体重 45 kg
寝返り	<input type="checkbox"/> つかまらなくていい <input checked="" type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> できない
起き上がり	<input type="checkbox"/> つかまらなくていい <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input checked="" type="checkbox"/> できない
立ち上がり	<input type="checkbox"/> つかまらなくていい <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input checked="" type="checkbox"/> できない
歩行	<input type="checkbox"/> つかまらなくていい <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input checked="" type="checkbox"/> できない
移乗	<input type="checkbox"/> 自立(介助なし) <input type="checkbox"/> 見守り等 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
座位	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 自分の手で支えればできる <input checked="" type="checkbox"/> 支えてもらえばできる <input type="checkbox"/> できない
移動	<input type="checkbox"/> 自立(介助なし) <input checked="" type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
自由記載	起き上がり・立ち上がり動作は日によってできる場合がある。

介護環境	
他のサービス利用状況	通所リハビリ 通所介護 短期入所 訪問リハ
家族構成	夫・同敷地内に長男家族
主介護者	夫
利用している福祉用具	車椅子・特殊寝台・付属品・リフト
制限	左脳出血 痺 右半身麻痺
疾病	特記事項
障害日常生活自立度	
認知症の日常生活自立度	
特記事項	

居宅サービス計画		住環境
ご本人様及びご家族の生活に対する意向	ご本人 リハビリを継続的に行い、自分でできることはなるべく自分でやりたい。 ご家族 少しでも本人の状態が改善するように、リハビリを継続的に行ってほしい。介護疲労で共倒れにならないように、ショートステイを効率的に利用したい。	<input checked="" type="checkbox"/> 戸建(持家) <input type="checkbox"/> 戸建(賃貸) <input type="checkbox"/> 分譲集合住宅 <input type="checkbox"/> 賃貸集合住宅(公営・民間) <input type="checkbox"/> その他( ) 例:段差の有無など ・玄関上がりがかまちに25cmの段差 ・床は全てフローリング仕様になっている
総合的な援助方針	医療面では家族の協力により定期受診を行い、予防が出来るようにしましょう。 在宅生活を継続する為に身体や言語の向上や維持が出来る様にリハビリを行っていきましょう。 移乗や移動が自立出来る様に環境を整え、活動範囲を広げていきましょう。 清潔が保持出来る様に定期的に入浴が出来る様にしましょう。 家族が静養出来る様にショートを使いながらリフレッシュが出来る様にしましょう。	

# 福祉用具個別援助計画書(利用計画)

作成日 \_\_\_\_\_  
 作成者 山口 健太郎

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	福祉用具利用目標
<ul style="list-style-type: none"> <li>室内移動をスムーズに行いたい。</li> <li>日中はトイレで排泄したい。</li> <li>自分で出来ることは自分でしたい。</li> <li>安全に外出できるようにしたい。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>車椅子を使用し、室内行動範囲を増やす。</li> <li>夜間は腰掛便座を使用し、転倒リスクを減らす。</li> <li>定期受診をしたり通所リハビリに行くために屋外用車椅子を準備し、社会参加を促す。</li> <li>介助バー・スライディングボードを使用し、ベッド⇄車いすの移乗動作を容易に行えるようにする。</li> </ul>

選定福祉用具(レンタル・販売)		選定理由
品目	単位数	
特殊寝台 機種(型式) 3モーターベッド	1200	起居動作・移乗動作がスムーズに出来るように背上げ・脚上げ・高さが個別に調整できるタイプ。レベルが低い時に介護者が介助しやすい形に出来る。
特殊寝台付属品 プレグラーマットレス	200	現状では床ずれリスクは低いため、寝返りやベッド上⇄車いすの移乗動作がしやすい硬めでほどよいクッション性があるマットレスを選定。
特殊寝台付属品 介助バー・サイドレール	250	起居動作や移乗動作の際に身体を支持するため。寝返り支援。
特殊寝台付属品 サイドテーブル	200	身の回りで出来る事は自分でしたい気持ちがあるため、薬や読書等の余暇物を置いておくことで自立心をサポートする。(レベルの低い日も想定)
特殊寝台付属品 スライディングボード	100	移乗動作が一人で出来ない日もあることを考え、どちらでも対応可能な移乗動作方法を訪問リハビリ時に本人と家族(ご主人)に教授しておく。
車椅子 自走式車椅子 2台	600(1200)	移乗動作が容易に出来る様、アームレスト・レッグレストが着脱可能で、骨盤が後傾しないよう背張り調整付きタイプを選定。屋外用と屋内用。
車椅子付属品 オルトトップクッション・フィット	200	通所リハビリ時など、車椅子上で過ごされる時間が長くなると考えられるため、ほどよいクッション性と座位保持性能を兼ねた立体クッションを選定。
※リフト 車椅子用電動昇降機 UD-310	2000	寝室となる部屋の横に設置することで、極力出入り動作に負担がかからないようにする。

選定福祉用具搬入(予定)日	留意点
福祉用具レンタルのサービス	<ul style="list-style-type: none"> <li>移乗用具は使用にあたって練習が必要であるため、訪問リハビリ時に家族様(ご主人)に立ち会っていただく。</li> <li>安全に外出できる手段として昇降機を設置する。これによって、緊急時(一人、もしくは長男家族が対応)であっても容易に出入りすることが出来る。</li> <li>玄関出入り動作は、訪問リハビリ・デイケア利用時に踏台と手すりを使った動作が安全に行えるレベルになれば、次のステップとして考えていく。</li> <li>納品時、車椅子とクッションを組み合わせたシーティングを行う。</li> </ul>
■福祉用具取扱い説明	
■福祉用具フィッティング(適合状況評価)	
■福祉用具利用状況確認(訪問・電話・目標評価等)	
<input type="checkbox"/> 福祉用具定期点検・メンテナンス	
<input type="checkbox"/> サービス担当者会議	
<input type="checkbox"/> 状態変化時の機種交換(再アセスメント)	
<input type="checkbox"/> 入院・入所・不必要時等の福祉用具回収・搬出	
<input type="checkbox"/> 相談	
<input type="checkbox"/> 緊急時対応	

以上、福祉用具個別援助計画書に基づき、サービス提供を行います。

ご本人・ご家族への説明・同意 \_\_\_\_\_ 年 月 日 同意署名 \_\_\_\_\_ 印  
 法人名称: \_\_\_\_\_ ( ) 営業所 担当者( \_\_\_\_\_ )  
 住所: \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_